

Schulzahnpflege Schuljahr 2025 / 2026

Vor-/Nachname der Schülerin / des Schülers:

Bitte	e kreuzen Sie Ihre Zahnärztin oder Ihren Zahnarzt an:	
	Dr. med. dent. Marc Hammer	Zweisimmen
	Dr. med. dent. Matthias Streit / Dr. med. dent. Carola Eggspühler	Thun/Zweisimmen
	Dr. med. dent. Ursula Rohrer	Zweisimmen
	Dr. med. dent. Michael Krebs	Oey
	Dr. med. dent. Andreas Bittner	Spiez
	Dr. med. dent. Adrian Kammermann	Spiez
	Dr. med. dent. Sandra Lemp	Spiez
	mundgesund AG	Spiez
	DaMaDent Niesen	Spiez
	Dr. med. dent Renato Kunz	Schönried
	Andere(r):	
rd du	rch den Zahnarzt / die Zahnärztin ausgefüllt:	
Wi	r bestätigen, die Schulzahnpflegeuntersuchung beim oben genann	ten Kind vorgenommen zu
	ben.	Ç
merkı	ungen:	
mpe	I und Unterschrift:	
	tenabrechnung erfolgt durch den Zahnarzt mittels einer Sammelrech	hnung an die Gemeinde
enpad	ch i. S., Graben 311, 3762 Erlenbach i. S.	



Das Formular durch die Eltern bitte bis spätestens am <u>Freitag, 27.02.2026</u> dem Schulsekretariat per Mail (Escola) zukommen lassen, besten Dank.